**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA An. B DENGAN DIAGNOSA**

**MEDIS NAUSEA + VOMITING PADA USIA 7 TAHUN D1 RUANG D2**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh :**

**MUHAMMAD AFRIZAL FIAN PRATAMA**

**NIM. 1520043**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA An. B DENGAN DIAGNOSA**

**MEDIS NAUSEA + VOMITING PADA USIA 7 TAHUN D1 RUANG D2**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**MUHAMMAD AFRIZAL FIAN PRATAMA**

**NIM. 1520043**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2019**

# SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.



\

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : MUHAMMAD AFRIZAL FIAN PRATAMA

NIM : 152.0043

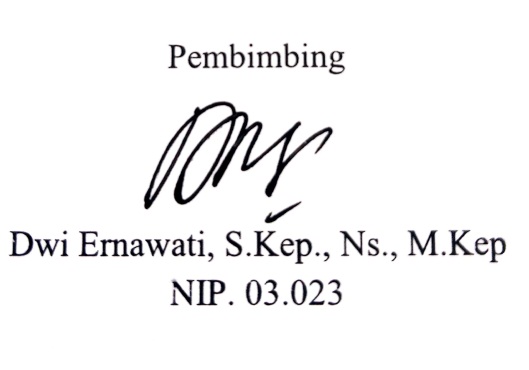
Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : **ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA An. B DENGAN DIAGNOSA MEDIS NAUSEA + VOMITING PADA USIA 7 TAHUN D1 RUANG D2 RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA.**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)**

Surabaya, 18 Juli 2019



Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 18 Juli 2019

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah Dari :

Nama : MUHAMMAD AFRIZAL FIAN PRATAMA

NIM : 152.0043

Peogram Studi : D-III Keperawatan

Judul KTI : **ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA An. B DENGAN DIAGNOSA MEDIS NAUSEA + VOMITING PADA USIA 7 TAHUN D1 RUANG D2 RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA.**

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

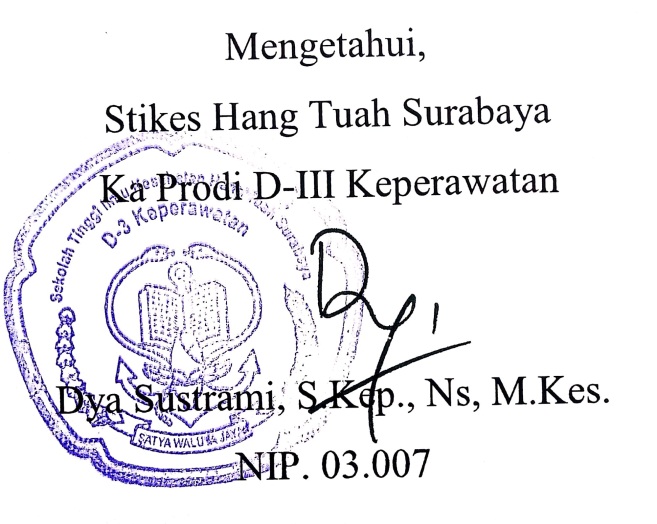
Hari, Tanggal : Rabu 10 Juli 2019

Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Dwi Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep. ……………

Penguju II : Meyta Kurniasari, S. Kep, NS. ……………



Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 18 Juli 2019

**KATA PENGANTAR**

Alhamdulillah puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan itu penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Ahmad Samsulhadi Selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan selama kami berada di SekolahTinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Dwi Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku pembimbing I yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Meyta Kurniasari, S. Kep, NS., selaku pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak dan ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Sahabat-sahabat seperjuangan dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya khususnya yang telah memberikan dorongan dan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucap semoga hubungan silaturrahmi ini tetap terjalin.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga

Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 18 Juli 2019

Penulis

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL i**

**HALAMAN PERNYATAAN ii**

**HALAMAN PERSETUJUAN iii**

**HALAMAN PENGESAHAN iv**

**KATA PENGANTAR v**

**DAFTAR ISI viii**

**DAFTAR TABEL x**

**DAFTAR GAMBAR xi**

**DAFTAR SINGKATAN xii**

**DAFTAR LAMPIRAN xiii**

**BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Rumusan Masalah 2

1.3 Tujuan Penulisan 2

1.4 Manfaat Penulisan 3

1.5 Metode Penulisan 4

1.6 Sistematika Penulisan 5

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1 Konsep Dasar Skizofrenia**

2.1.1 Pengertian Nausea Vomiting 6

2.1.2 Etiologi 7

2.1.3 Manifestasi Klinis 8

2.1.4 Patofisiologi 8

2.1.5 Prognosi 9

2.1.6 Komplikasi 10

2.1.7 Pemeriksaan penunjang 11

2.1.8 Penatalaksanaan 12

**2.2 Konsep Anak**

2.2.1 Pengertian Tumbuh Kembang 15

2.2.2 Pengertian Anak Usia 16

2.2.3 Imunisasi 17

2.2.4 Nutrisi 19

**2.3 Konsep Asuhan Keperawatan 19**

2.3.1 Pengkajian 19

2.3.2 Diagnosa Keperawatan 21

2.3.3 Rencana Tindakan Keperawatan 21

**BAB 3 TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian 25

3.1.1 Identitas Pasien 25

3.1.2 Keluhan Utama 25

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang 25

3.1.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan 25

3.1.5 Riwayat Masa Lampau 26

3.1.6 Pengkaijian Keluarga 27

3.1.7 Riwayat Sosial 27

3.1.8 Kebutuhan Dasar 28

3.1.9 Keadaan Umum 30

3.1.10 Tanda Tanda Vital 30

3.1.11 Pemeriksaan Fisik 30

3.1.12 Tingkat Perkembangan 32

3.1.13 Pemeriksaan Penunjang 33

3.1.14 Analisa Data 34

3.1.15 Prioritas Masalah 35

3.1.16 Rencana Keperawatan 36

3.1.17 Tindakan Keperawatan 38

**BAB 4 PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian 42

4.2 Diagnosa Keperawatan 47

4.3. Perencanaan 47

4.4 Pelaksanaan 48

4.5 Evaluasi 48

**BAB 5 PENUTUP**

5.1 Simpulan 49

5.2 Saran 50

**DAFTAR PUSTAKA 52**

**LAMPIRAN 53**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.2.1 Tumbuh Kembang Dan Anak ....………………….. 16

Tabel 2.3.1 Periode Imunisasi …………………………………. 18

Tabel 2.4.2 Pemberian Kebutuhan Cairan …………………….. 19

Tabel 3.1.13 Hasil Labolatorium ...…………………………….. 33

Tabel 3.1.13 Terapi Obat ….......……………………………….. 33

Tabel 3.1.14 Analisa Data ……………………………………... 34

Tabel 3.1.15 Perioritas Masalah ……………………………….. 35

Tabel 3.1.16 Rencana Keperawatan ….……………………….. 36

Tabel 3.1.17 Tindakan Keperawatan ………………………….. 38

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 3.1.6 Genogram Keluarga ………………………….. 27

**DAFTAR SINGKATAN**

GI : Gastrointestinal

CVC : Centra vomiting centre

CTZ : Chemonceptor Trigger Zone

PH : Power Of Hydrogen

HPS : Hiperthropic Progia Stenois

AH : Antagonisme Hitamine

Rr : Respiratory Rate

Ny : Nyonya

GDA : Gula Darah Acak

DS : Data subjectif

DO : Data Objectif

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Standar Operasional Prosedur (SOP) Mencuci Tangan

Lampiran 2 Standar Operasional Prosedur (SOP) Injeksi Intravena

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Muntah pada anak merupakan keadaan yang cukup merisaukan orang tua dan mendorong mereka sesegera mungkin mencari pertolongan untuk mengatasinya. Secara medis muntah dapat merupakan manifestasi berbagai penyakit yang berbahaya, baik Gastrointestinal maupun di luar Gastrointestinal juga dapat menimbulkan berbagai akibat yang serius seperti perdarahan lambung, dehidrasi, gangguan makana, gangguan keseimbangan elektrolit seperti hipokalemkia, hiponatremi, alkalosis dan hipokloremia, gagal tumbuh kembang (Suraatmaja, 2010). Muntah adalah keadaan yang kompleks, terkoordinir di bawah kontrol syaraf dan yang penting adalah mengetahui keadaan muntah yang bagaimana yang memerlukan penilaian dan pemerikasaan yang seksama.

Mual adalah sensasi mengeluarkan makanan yang kuat atau ingin muntah . Tipikal disertai dengan tanda – tanda otonomik seperti hipersalavasi, diaforesis, takikardia, pucat dan takipnea, mual berhubungan oral dengan anoreksia dan muntah. Mual gejala umum dari kelainan GI, juga terjadi pada ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, infeksi, kelainan metabolisme, endokrin, labirin dan jantung dan sebagai akibat dari terapi obat, operasi, serta radiasi.

Muntah adalah semburan kuat dari isi lambung melalui mulut. Karakteristik didahului oleh mual. Muntah berasal dari saluran kontraksi otot perut yang terkoordinasi dan refleks pembalikan peristalti.

* 1. **Rumusan masalah**

“Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien An. B dengan diagnosa medis Nausea + Vomiting di ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya ?” .

* 1. **Tujuan penelitian**
     1. **Tujuan umum**

Mahasiswa mampu mengindentifikasi asuhan keperawatan pada pasien An. B dengan diagnosa medis Nausea + Vomiting di ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

* + 1. **Tujuan khusus**

1. Mengkaji pasien dengan diagnosa medis Nausea + Vomiting di ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Nausea + Vomiting di ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Nausea + Vomiting di ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Nausea + Vomiting di ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosa medis Nausea + Vomiting di ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Nausea + Vomiting di ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
   1. **Manfaat**

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuannya khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Nausea + Vomiting di ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
3. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Nausea + Vomiting di ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilimiah pada pasien dengan diagnosa medis Nausea + Vomiting di ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Nausea + Vomiting di ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

* 1. **Metode penulisan**

1. **Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. **Teknik pengumpulan data**
2. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui wawancara langsung kepada pasien dan tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, perilaku, dan sikap pasien yang bisa diamati.

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik yang dapat menunjang untuk menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1. **Sumber data**
2. Data primer

Data yang didapatkan melalui wawancara langsung kepada pasien.

1. Data skunder

Data yang didapatkan dari keluarga atau orang terdekat pasien, rekam medik perawat, hasil pemeriksaan fisik atau penunjang lain dan tim kesehatan lainnya.

1. **Studi kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya ilmiah dan masalah yang dibahas.

* 1. **Sistematika penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menajdi 3 (tiga) bagian, yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari 5 (lima) bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, yang berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep dasar penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Nausea + Vomiting di ruang D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya..

BAB 3 : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, yang berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam Bab 2 ini akan diuraikan secara teori mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa medis Nausea + Vomiting. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penangganan secara medis. Asuhan Keperawatan akan diuraikan masalah – masalah yang muncul pada penyakit Nausea + Vomiting dengan melakukan Asuhan Keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksaan, evaluasi.

* 1. **Konsep Penyakit**
     1. **Pengertian Nausea dan Vomiting**

Mual adalah kecenderungan atau sebagian perasaan di tenggorokan atau daerah epigastrium yang memperingankan seseorang individu bahwa muntah akan segera terjadi. Mual sering disertai dengan peningkatan aktivitas sistem saraf parasimpatis termasuk diaphoresis, air liur, bradikardia, pucat dan penurunan tingkat pernapasan.

Muntah adalah suatau refleks kompleks yang diperantarai oleh pusat muntah di medullaoblongata otak.Muntah adalah keluarnya kembali sebagian besar atau seluruh isi lambung yang terjadisecara paksa melalui mulut, disertai dengan kontraksi lambung dan abdomen. Muntah adalah pengeluaran isi lambung secara eksklusif melalui mulut dengan bantuankontraksi otot-otot perut. Perlu dibedakan antara regurgitasi, ruminasi, ataupunrefluesophagus. Regurgitasi adalah makanan yang dikeluarkan kembali kemulut akibatgerakan peristaltic esophagus, ruminasi adalah pengeluaran makanan secra sadar untuk dikunyah kemudian ditelan kembali. Sedangkan refluesophagus merupakan kembalinya isilambung kedalam esophagus dengan cara pasif yang dapat disebabkan oleh hipotoni spingter eshopagus bagian bawah, posisi abnormal sambungan esophagus dengan kardial atau pengosongan isi lambung yang lambat.

* + 1. **Etiologi**

Muntah adalah gejala dari berbagai macam penyakit, maka evaluasi diagnosis mutah tergantung pada deferensial diagnosis yang dibuat berdasarkan faktor lokasi stimulus, umur dan gejala gastrointestinal yang lain. Kelainan anatomik kongenital, genetik, dan penyakit metabolik lebih sering terlihat pada periode neonatal, sedangkan peptik, infeksi, dan psikogenik sebagai penyebab mutah lebih sering terjadi dengan meningkatnya umur. Intoleransi makanan, perilaku menolak makanan dengan atau tanpa mutah sering merupakan gejala dari penyakit jantung, ginjal, paru, metabolik, genetik, kelainan neuromotor.

Penyebab muntah bisa karena:

1. Penyakit infeksi atau radang di saluran pencernaan atau di pusat keseimbangan
2. Penyakit-penyakit karena gangguan metabolisme seperti kelainan metabolisme karbohidrat & galaktosemia dan sebagainya, kelainan metabolisme asam amino (asam organic & misalnya gangguan siklus urea dan fenilketonuria ).
3. Gangguan pada system syaraf &neurologic' bisa karena gangguan pada struktur & misalnya hidrosefalus, adanya infeksi & misalnya meningitis dan ensefalitis, maupun karena keracunan & misalnya keracunan syaraf oleh asiodosis dan hasil samping metabolisme lainnya.
4. Masalah sensitifitas
5. Keracunan makanan atau Toksin di saluran pencernaan
6. Kondisi fisiologis misalnya yang terjadi pada anak-anak yang sedang mencari perhatian dari lingkungan sekitarnya dengan mengorek kerongkongan dengan jari telunjuknya.

Penyakit gastroenteritis akut merupakan penyebab muntah yang paling sering terjadi pada anak-anak. Pada kondisi ini, muntah biasanya terjadi bersama-sama dengan diare dan rasa sakit pada perut. Pada umumnya disebabkan oleh virus dan bakteri patogen. Virus utama penyebab muntah adalah rota virus, sementara bakteri patogen mencakup Salmonella, Shigella, Campylobacter dan 1scherichia coli.

* + 1. **Manifestasi Klinis**

Tanda dan gejala nausea vomiting adalah :

1. Kerngat dingin
2. Suhu tubuh yang meningkat
3. Mual
4. Nyeri perut
5. Akral teraba dingin
6. Wajah pucat
7. Terasa tekanan yang kuat pada abdomen dan dada
8. Pengeluaran saliva yang meningkat
9. Bisa disertai dengan pusing
   * 1. **Patofisiologi**

Impuls-impuls aferens berjalan ke pusat muntah sebagai aferen vagus dan simpatis. Impuls- impuls aferen berasal dari lambung atau duodenum dan muncul sebagai respon terhadap distensi berlebihan atau iritasi, atau kadang-kadang sebagai respon terhadap rangsangan kimiawi oleh bahan yang menyebabakan muntah.

Muntah merupakan respon refleks simpatis terhadap berbagai rangsangan yang melibatkan berbagai aktifitas otot perut dan pernafasan.

Proses muntah dibagi 3 fase berbeda, yaitu:

* 1. Nausea (mual) merupakan sensasi psikis yang dapat ditimbulkan akibat rangsangan padaorgan dan labirin dan emosi dan tidak selalu diikuti oleh retching atau muntah.
  2. Retching (muntah) merupakan fase dimana terjadi gerak nafas spasmodic dengan glottis tertutup, bersamaan dengan adanya inspirasi dari otot dada dan diafragma sehingga menimbulkan tekanan intratoraks yang negatif.
  3. Emesis (ekspulsi) terjadi bila fase retching mencapai puncaknya dan ditandai dengan kontraksi kuat otot perut, diikuti dengan bertambah turunannya diafragma disertai dengan penekanan mekanisme antirefluks. Pada fase ini, pylorus dan antrum berkontraksi, fundusdan esofagus berelaksasi dan mulut terbuka.
     1. **Prognosis**

Prognosis pasien dengan gejala muntah tergantung pada derajat dehidrasi dan penatalaksanaan dehidrasi, etiologi penyakit yang menyebabkan muntah, serta komplikasi yang terjadi dari muntah itu sendiri.

* + 1. **Komplikasi**

1. Komplikasi metabolik :

Dehidrasi, alkalosis metabolik, gangguan elektrolit dan asam basa, deplesi kalium, natrium. Dehidrasi terjadi sebagai akibat dari hilangnya cairan lewat muntah atau masukan yang kurang oleh karena selalu muntah. Alkalosis sebagai akibat dari hilangnya asam lambung, hal ini diperberat oleh masuknya ion hidrogen ke dalam sel karena defisiensi kalium dan berkurangnya natrium ekstraseluler. Kalium dapat hilang bersama bahan muntahan dan keluar lewat ginjal bersama-sama bikarbonat. Natrium dapat hilang lewat muntah dan urine. Pada keadaan alkalosis yang berat, pH urine dapat 7 atau 8, kadar natrium dan kalium urine tinggi walaupun terjadi deplesi Natrium dan Kalium

1. Gagal Tumbuh Kembang

Muntah berulang dan cukup hebat menyebabkan gangguan gizi karena intake menjadi sangat berkurang dan bila hal ini terjadi cukup lama, maka akan terjadi kegagalan tumbuh kembang.

1. Aspirasi Isi Lambung

Aspirasi bahan muntahan dapat menyebabkan asfiksia. Episode aspirasi ringan berulang menyebabkan timbulnya infeksi saluran nafas berulang..

1. *Mallory Weiss syndrome*

Merupakan laserasi linier pada mukosa perbatasan esofagus dan lambung. Biasanya terjadi pada muntah hebat berlangsung lama. Pada pemeriksaan endoskopi ditemukan kemerahan pada mukosa esofagus bagian bawah daerah LES. Dalam waktu singkat akan sembuh. Bila anemia terjadi karena perdarahan hebat perlu dilakukan transfusi darah

1. Peptik esofagitis

Akibat refluks berkepanjangan pada muntah kronik menyebabkan iritasi mukosa esophagus oleh asam lambung.

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**

1. Pemeriksaan laboratorium
2. Darah lengkap
3. Elektrolit serum pada bayi dan anak yang dicurigai mengalami dehidrasi.
4. Urinalisis, kultur urin, ureum dan kreatinin untuk mendeteksi adanya infeksi atau kelainan saluran kemih atau adanya kelainan metabolik.
5. Asam amino plasma dan asam organik urin perlu diperiksa bila dicurigai adanya penyakit metabolik yang ditandai dengan asidosis metabolik berulang yang tidak jelas penyebabnya.
6. Amonia serum perlu diperiksa pada muntah siklik untuk menyingkirkan kemungkinan defek pada siklus urea.
7. Faal hepar, amonia serum, dan kadar glukosa darah perlu diperiksa bila dicurigai ke arah penyakit hati.
8. Amilase serum biasanya akan meningkat pada pasien pankreatitis akut. Kadar lipase serum lebih bermanfaat karena kadarnya tetap meninggi selama beberapa hari setelah serangan akut.
9. Feses lengkap, darah samar dan parasit pada pasien yang dicurigai gastroenteritis atau infeksi parasit.
10. Ultrasonografi

Dilakukan pada pasien dengan kecurigaan stenosis pilorik, akan tetapi dua pertiga bayi akan memiliki hasil yang negatif sehingga menbutuhkan pemeriksaan barium meal.

1. Foto polos abdomen
2. Posisi supine dan *left lateral decubitus* digunakan untuk mendeteksi malformasi anatomik kongenital atau adanya obstruksi.
3. Gambaran air-fluid levels menandakan adanya obstruksi tetapi tanda ini tidak spesifik karena dapat ditemukan pada gastroenteritis
4. Gambaran udara bebas pada rongga abdomen, biasanya di bawah diafragma menandakan adanya perforasi.
5. Barium meal

Tindakan ini menggunakan kontras yang nonionik, iso-osmolar, serta larut air. Dilakukan bila curiga adanya kelainan anatomis dan atau keadaan yang menyebabkan obstruksi pada pengeluaran gaster.

1. Barium enema

Untuk mendeteksi obstrusi usus bagian bawah dan bisa sebagai terapi pada intususepsi.

* + 1. **Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan awal pada pasien dengan keluhan muntah adalah mengkoreksi keadaan hipovolemi dan gangguan elektrolit. Pada penyakit gastroenteritis akut dengan muntah, obat rehidrasi oral biasanya sudah cukup untuk mengatasi dehidrasi.

Pada muntah bilier atau suspek obstuksi intestinal penatalaksanaan awalnya adalah dengan tidak memberikan makanan secara peroral serta memasang *nasogastic tube* yang dihubungkan dengan *intermittent suction*. Pada keadaan ini memerlukan konsultasi dengan bagian bedah untuk penatalaksanaan lebih lanjut.

Pengobatan muntah ditujukan pada penyebab spesifik muntah yang dapat diidentifikasi. Penggunaan antiemetik pada bayi dan anak tanpa mengetahui penyebab yang jelas tidak dianjurkan. Bahkan kontraindikasi pada bayi dan anak dengan gastroenteritis sekunder atau kelainan anatomis saluran gastrointestinal yang merupakan kasus bedah misalnya, *hiperthrophic pyoric stenosis* (HPS), apendisitis, batu ginjal, obstruksi usus, dan peningkatan tekanan intrakranial. Hanya pada keadaan tertentu antiemetik dapat digunakan dan mungkin efektif, misalnya pada mabuk perjalanan (*motion sickness*), mual dan muntah pasca operasi, kemoterapi kanker, muntah siklik, gastroparesis, dan gangguan motilitas saluran gastrointestinal.

Terapi farmakologis muntah pada bayi dan anak adalah sebagai berikut :

1. Antagonis dopamin

Tidak diperlukan pada muntah akut disebabkan infeksi gastrointestinal karena biasanya merupakan *self limited*. Obat-obatan antiemetik biasanya diperlukan pada muntah pasca operasi, mabuk perjalanan, muntah yang disebabkan oleh obat-obatan sitotoksik, dan penyakit refluks gastroesofageal. Contohnya Metoklopramid dengan dosis pada bayi 0.1 mg/kgBB/kali PO 3-4 kali per hari. Pasca operasi 0.25 mg/kgBB per dosis IV 3-4 kali/hari bila perlu. Dosis maksimal pada bayi 0.75 mg/kgBB/hari. Akan tetapi obat ini sekarang sudah jarang digunakan karena mempunyai efek ekstrapiramidal seperti reaksi distonia dan diskinetik serta krisis okulonergik.

Domperidon adalah obat pilihan yang banyak digunakan sekarang ini karenadapat dikatakan lebih aman. Domperidon merupakan derivate benzimidazolin yang secara invitro merupakan antagonis dopamine. Domperidon mencegah refluks esophagus berdasarkan efek peningkatan tonus sfingter esophagus bagian bawah.

1. Antagonisme terhadap histamine (AH1)

Diphenhydramine dan Dimenhydrinate (Dramamine) termasuk dalam golongan etanolamin. Golongan etanolamin memiliki efek antiemetik paling kuat diantara antihistamin (AH1) lainnya. Kedua obat ini bermanfaat untuk mengatasi mabuk perjalanan (motion sickness) atau kelainan vestibuler. Dosisnya oral: 1-1,5mg/kgBB/hari dibagi dalam 4-6 dosis. IV/IM: 5 mg/kgBB/haridibagi dalam 4 dosis.

1. Prokloperazin dan Klorpromerazin

Merupakan derivate fenotiazin. Dapat mengurangi atau mencegah muntah yang disebabkan oleh rangsangan pada CTZ. Mempunyai efek kombinasi antikolinergik dan antihistamin untuk mengatasi muntah akibat obat-obatan, radiasi dan gastroenteritis. Hanya boleh digunakan untuk anak diatas 2 tahun dengan dosis 0.4–0.6 mg/kgBB/hari tiap dibagi dalam 3-4 dosis, dosis maksimal berat badan 20.

1. Antikolinergik

Skopolamine dapat juga memberikan perbaikan pada muntah karena faktor vestibular atau stimulus oleh mediator proemetik. Dosis yang digunakan adalah 0,6 mikrogram/kgBB/ hari dibagi dalam 4 dosis dengan dosis maksimal 0,3mg per dosis.

1. 5-HT3 antagonis serotonin

Yang sering digunakan adalah Ondanasetron. Mekanisme kerjanya diduga dilangsungkan dengan mengantagonisasi reseptor 5-HT yang terdapat pada CTZ di area postrema otak dan mungkin juga pada aferen vagal saluran cerna. Ondansentron tidak efektif untuk pengobatan *motion sickness*. Dosis mengatasi muntah akibat kemoterapi 4–18 tahun: 0.15 mg/kgBB IV 30 menit senelum kemoterapi diberikan, diulang 4 dan 8 jam setelah dosis pertama diberikan kemudiansetiap 8jam untuk 1-2 hari berikutnya. Dosis pascaoperasi: 2–12 yr <40>40 kg: 4 mg IV; >12 yr: dosis dewasa 8 mg PO/kali.

* 1. **Konsep Anak**
     1. **Pengertian Tumbuh Kembang**

Pertumbuhan adalah perubahan fisik dan pertambahan jumlah dan ukuran sel secara kuantitatif, dimana sel tersebut mensintensis protein baru yang nantinya akan menunjukkan pertambahan seperti umur, tinggi badan, berat badan dan pertumbuhan gigi (Maryuni, 2010). Sedangkan perkembangan adalah peningkatan kompleksitas fungsi dan keahlian (kualitas) dam merupakan aspek tingkah laku pertumbuhan. Contoh nya: kemampuan berjalan, berbicara dan berlari (Marni dan Rahardjo, 2012).

|  |  |
| --- | --- |
| Tahapan | Rentang Waktu |
| Masa Prenatal   1. Masa Mudiyah / Embrio 2. Masa Janin / Fetus | Konsepsi – 8 minggu  Kehamilan – 9 bulan |
| Masa Bayi | 0 – 1 tahun |
| Masa Prasekolah | 1 – 6 tahun |
| Masa sekolah | 6 -20 tahun |
| Masa pra remaja  Masa remaja | 6 – 10 tahun  8 – 20 tahun |

Tabel 2.2.1 Tumbuh kembang pada anak

* + 1. **Pengertian Anak Usia**

Anak usia antara 6 – 12 tahun , periode ini kadang disebut sebagai masa anak – anak pertengah atau masa laten, masa untuk mempunyai tantangan baru. Kekuatan kognitif untuk memikirkan banyak faktor secara stimulan memberikan kemampuan pada anak – anak usia sekolah untuk mengevaluasi diri sendiri dan merasakan evaluasi teman – temannya. Dapat di simpulkan sebagai sebuah penghargaan diri menjadi masalah sentral bagi anak usia sekolah (Behrman , Kliegman & Arvin, 2009).

Menurut Wong 2009, anak usia sekolah atau anak yang sudah sekolah akan menjadi pengalaman inti anak. Periode anak – anak dianggap mulai bertanggung jawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan orang tua mereka , teman sebaya dan orang lain.

* 1. **Imunisasi**

Menurut Hidayat (2011) Imunisasi adalah suatu usaha untuk membuat seseorang menjadi kebal terhadap penyakit tertentu dengan menyuntikkan vaksis. Vaksin adalah kuman hidup yang dilemahkan atau kuman mati atau zat yang bila dimasukkan ketubuh menimbulkan kekebalan terhadap penyakit tertentu. Imunisasi bertujuan untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit, poliomyelitis (kelumpuhan), campak (*measles*), Difteri (*indrak*), pertusis (batuk rejan atau batuk seratus hari), tetanus, tubercolusis (TBC), Hepatitis B dan untuk mencegah penyakit dan kematian bayi derta anaak yang disebabkan oleh wabah yang sering berjangkit.

1. Vaksin BCG

Vaksin BCG melindungi anak terhadap penyakit tuberculocis (TBC) dibuat dari bibit penyakit hidup setelah dilemahkan, ditemukan oleh calment guerint. Sebelum menyuntikkan BCG, Vaksin harus terlebih dahulu dilarutkan dengan 4 cc cairan pelarut. Tempat penyuntikan adalah bagian lengan kanan atas.

1. Vaksin Hepatitis B

Bibit penyakit yang menyebabkan hepatitis B adalah virus. Vaksin hepatitis B dibuat dari bagian virus yaitu lapisan paling luar (mantel virus) yang telah melalui proses pemurnian.

1. Vaksin DPT

Terdiri dari toxoid difteri, bakteri pertusis dan tetanus toxoid, kadang disebut “triple vaksin“. Vaksin DPT disimpan pada suhu 2,8°C. Pemberian imunisasi DPT dosisnya 0,5 cc.

1. Vaksin Polio

Imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit poliomyelitis yang dapat menyebabkan kelumpuhan pada anak, cara pemberian diteteskan pada mulut, di berikan 2 tetes.

1. Vaksin Campak

Imunisasi campak merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit campak, dosis 0,5cc.

Tabel 2.3.1 Periode Imunisasi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vaksin** | **Pemberian Imunisasi** | **Selang Waktu** | **Umur** |
| BCG | 1x | - | 0-11 bulan |
| DPT | 3x | 4 minggu | 2-11 bulan |
| Polio | 4x | 4 minggu | 0-11 bulan |
| Campak | 1x | - | 9-11 bulan |
| Hepatitis B | 3x | 4 minggu | * 1. bulan |

**2.4 Nutrisi Cairan Pada Anak**

* + 1. **Karakteristik Pemberian Kebutuhan Nutrisi**

1. Anak dapat mengatur pola makannya sendiri.
2. Adanya pengaruh teman atau jajaran di lingkungan sekolah serta adanya reklame di televisi dapat mempengaruhi pola makan untuk mencoba makanan yang belum di kenalnya.
3. Kesukaan menyukai satu makanan tertentu berangsur – angsur hilang.
4. Pengaruh aktivitas bermain dapat menyebabkan keinginan bermain lebih besar dari pada makan.
   * 1. **Pemunuhan Kebutuhan Cairan**

Tabel 2.4.2 Pemberian Kebutuhan Cairan

|  |  |
| --- | --- |
| Berat Badan | Mili |
| 100 ml | 10 kg pertama |
| 50ml | 10 kg berikutnya |
| 25ml | Selanjutnya 25ml |

**2.5. Konsep Asuhan Keperawatan**

1. **Pengkajian**

Menurut Ridha (2014) pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematui dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan Anak B. Data yang dikumpulkan dalam pengkajian inia meliputi bio – psiko – sosial – spiritual. Dalam proses pengkajian ada 2 tahap yang perlu dilalui yaitu pengumpulan data dan analisa data.

1. Pengumpulan Data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi ( data- data) dari klien yang meliputi unsur bio – psiko – sosial – spiritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal Anak B, agar dapat memberi arahan kepada tindakan keperawatan.

1. Identitas

Penyakit ini sering ditemukan pada anak usia dibawah lima tahun (Balita), tidak terdapat perbedaan jenis kelamin .

1. Keluhan Utama

Biasanya ditandai dengan muntah

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Biasanya riwayat penyakit yang diderita pasien saatmasuk rumah sakit

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Biasanya riwayat penyakit yang sama atau penyakit yang pernah diderita oleh pasien sebelumnya

1. Riwayat Kesehatan keluarga .

Pada riwayat penyakit keluarga kesehatan yang sama atau penyakit lain yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang lain baik bersifat genetik atau tidak.

1. Pemeriksaan Fisik
   * 1. Tanda-tanda vital sign
     2. Tanda-tanda dehidrasi & turgor kulit, mukosa mulut kering, kelopak mata cekung, produksi urine berkurang.
     3. Tanda- tanda shock
2. Pemeriksaan Penunjanga
3. Pemeriksaan laboratorium : analisis urine dan darah
4. Foto polos abdomen meupun dengan kontras
5. USG
6. Pyelografi intravena/ sistrograme
7. Endoskopi dengan biopsy/ monitoring PH esophagus Penurunan berat badan
8. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustka ( Saidah , 2019 ) , dan diagnosa yang muncul adalah :

1. Hipertmia b.d. Proses Penayakit ( Ackley , B.J., Ladwig , G.B.,& Makic , M.B.F , 2017 )
2. Nausea b.d. Distensi Lambung ( Carpernito – Moyet, L.J. 2103 )
3. Resiko defisit nutrisi b.d.Gangguan Faktor Psikologis ( Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C. 2103 )
4. **Rencana Keperawatan**
5. Devisit volume cairan dan elektrolit kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan output cairan yang berlebihan.

Tujuan : Defisit cairan dan elektrolit teratasi

Kriteria hasil : Tanda-tanda dehidrasi tidak ada, mukosa mulut dan bibir lembab, balancairan seimbang.

Intervensi :

1. Observasi tanda-tanda vital.
2. Obsevasi tanda-tanda dehidrasi.
3. Ukur input dan output cairan & balanc ccairan.
4. Berikan dan anjurkan keluarga untuk memberikan minum yang banyak kurang lebih 2000 – 2500 cc per hari.
5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therafi cairan, pemeriksaan lab elektrolit.
6. Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian cairan rendah sodium.
7. Resiko kekurangan olume cairan berhubungan dengan adanya rasa mual danmuntah

Tujuan : Mempertahankan keseimbangan olume cairan.

Kriteria Hasil : Klien tidak mual dan muntah.

Intervensi

1. Monitortanda-tanda Vital

Rasional Merupakan indicator secara dini tentang hypovolemia.

1. Monitor intake dan output dan konsentrasi urine.

Rasional Menurunnya output dan konsentrasi urine akan meningkatkan kepekaan/endapan sebagai salah satu kesan adanya dehidrasi dan membutuhkan peningkatan cairan.

1. Beri cairan sedikit demi sedikit tapi sering.

Rasional untuk meminimalkan hilangnya cairan.

1. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake menurun. Nafsu makan menurun Berat badan menurun Porsi makan tidak dihabiskan ada rasa mual muntah.

Tujuan : klien mampu merawat diri sendiri

Intervensi :

1. Kaji sejauh mana ketidak adekuatan nutrisi klien

Rasional menganalisa penyebab melaksanakan intervensi.

1. Perkirakan/hitung pemasukan kalori, jaga komentar tentang nafsu makan sampai Minimal

Rasional Mengidentifikasi kekurangan/kebutuhan nutrisi berfokus pada masalah membuat suasana negatif dan mempengaruhi masukan.

1. Timbang berat badan sesuai indikasi

Rasional Mengawasi keefektifan secara diet.

1. Beri makan sedikit tapi sering

Rasional tidak memberi rasa bosan dan pemasukan nutrisi dapat ditingkatkan.

1. Anjurkan kebersihan oral sebelum makan

Rasional Mulut yang bersih meningkatkan nafsu makan.

1. Tawarkan minum saat makan bila toleran.

Rasional dapat mengurangi mual dan menghilangkan gas.

1. Konsul tetang kesukaan/ketidaksukaan pasien yang menyebabkan distres.

Rasional Melibatkan pasien dalam perencanaan, memampukan pasien memiliki rasa kontrol dan mendorong untuk makan.

1. Memberi makanan yang bervariasi

Rasional Makanan yang bervariasi dapat meningkatkan nafsu makan klien.

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

1. **Pengkajian**
2. **Identitas**

Klien adalah seorang anak laki – laki bernama An.B usia 7 tahun, beragama islam, bahasa yang digunakan adalah bahasa Jawa / Indonesia , Pasien adalah anak ke 3 dari 3 Saudara dari Tn.C usia 45 tahun dan Ny. S usia 29 tahun . Pasien tinggal di daerah Surabaya , orang tua Pasien beragama Islam dan Pekerjaan Ayah pegawai swasta dan Ibu sebagai Rumah Tangga . Pasien MRS tanggal 28Juni 2019.

1. **Keluhan Utama**

Mual muntah sudah 4 hari di sertai panas.

1. **Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien datang ke Igd Rsal pada hari Jumat tanggal 28 Juni 2019 pukul 22.18 WIB dengan keluhan Mual + Muntah disertai panas sejak 3 hari yang lalu , di IGD RSAL Pasien mendapatkan tindakan pemasangan Infus D51/2 NS di tangan sebelah KIRI ,Cek DL, Injeksi IV Ranitidin 20mg dan Antrain 200 mg . pada pukul 00.30 WIB Pasien di pindahkan ke Ruangan D1

1. **Riwayat Kehamilan dan Persalinan**
2. Prenatal Care

Ibu klien mengatakan selama hamil Ibu klien melakukan pemeriksaan rutin, Ibu klien melakukan pemeriksaan di bidan dekat rumah.

1. Natal Care Pasien lahir secara normal pada usia kehamilan 37minggu ( 2 bulan ) , Ibu klien melahirkan dengan normal/ Spontan BB 2,9kg dan panjang bayi 50cm , ibu klien bersalin di Bidan dekat rumah nya dengan di bantu oleh Bidan.
2. Post Natal Care

Setelah melahirkan Ibu klien dilakukan perawatan dirumah , ibu menyusui dengan normal.

1. **Riwayat Masa Lampau**
2. Penyakit – Penyakit Waktu Kecil

Pasien pernah menggalami panas pada tahun 2016.

1. Pernah Dirawat Di Rumah Sakit

Pasien pernah di rawat di RSAL di Ruangan D1 pada tanggal 12 Maret 2016 .

1. Penggunaan Obat – Obatan

Ibu Pasien hanya memberikan Obat yang di berikan oleh Dokter .

1. Tindakan (Operasi Atau Tindakan Lain)

Pasien tidak pernah menggalami tindakan operasi.

1. Alergi

Pasien tidak mempunyai riwayat alergi makanan maupun obat-obatan.

1. Kecelakaan

Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan sebelumnya.

1. Imunisasi

Pasien sudah mendapatkan imunisasi lengkap, Hpv, influenza, HepatitisA/B, pvc, MMR, Tetanus dan campak

* + 1. **Pengkajian Keluarga**

1. Genogram

Keterangan :

: Laki – Laki

: Perempuan

: Pasien

: Hubungan Keluarga

: Tinggal 1 Rumah

Gambar 3.1.6 Genogram

1. Psikososial Keluarga

Selama di ruang D2 pasien di dijaga oleh ibunya.

**3.1.7 Riwayat Sosial**

1. Yang Mengasuh Anak

Untuk saat ini klien di rawat di ruang D1 oleh perawat. Pada saat nanti klien sembuh akan dirawat oleh orang tuanya.

1. Hubungan dengan Anggota Keluarga

Pasien sangat disayangi oleh anggota keluarga.

1. Hubungan dengan Teman Sebaya

Hubungan dengan teman sebaya baik, sebelum MRS pasien sering bermain dengan temanya.

1. Pembawaan Secara Umum

Keaadaan umum pasien lemah, pasien tampak tidur terus dan lemas. Terkadang pasien menangis saat dilakukan tindakan oleh perawat.

* + 1. **Kebutuhan Dasar**

1. Pola Persepsi Sehat – Pelaksanaan Sehat

SMRS pasien suka bermain dengan teman temanya paa waktu sore hari , setelah MRS pasien terlihat lemah dan terbaring di atas kasur.

1. Pola Nutrisi

SMRS Pasien makan 3x sehari dan menghabiskan satu porsi menu yang disediakan oleh orang tuanya, Pada saaat nafsu makan An.B menurun , Pasien hanya mau makan 2-4 sendok.

1. Pola Tidur

SMRS Pasien tidur ± 10 jam perhari dengan perincian tidur siang Pasien dari jam 12.00 – 14.00 dan waktu tidur malam dari jam 21.00 – 05.00 . Kebiasaan sebelum tidur klien selalu dibacakan cerita olhe orangtuanya. Di rumah sakit Pasien lebih sering tidur , waktu tidur Pasien ±11JAM per hari . Tidur siang Pasien ± 3JAM dan tidur Malam mulai jam 21.00 – 05.00.

1. Pola Aktivitas/Bermain

Pasien senang bermain dengan Ibunya dan teman-temannya SMRS, Pasien bermain waktu sore pada jam 15.00. pada di rumah sakit Pasien hanya berbaring dan sesekali duduk di tempat tidur.

1. Pola Eliminasi

Klien BAB dalam 1 hari dengan konsistensi lembek, sedikit, warna kuning. BAK dalam 1 hari berjumlah 100cc, warna kuning jernih.

1. Pola Seksualitas Repoduktif

Tidak dapat di kaji

1. Pola Peran Hubungan

Tidak dapat dikaji .

1. Pola Persepsi Diri – Konsep Diri

Identitas Pasien berjenis kelamin Laki - laki, dan Pasien memiliki 3 Saudara.

1. Pola Kognitif Perseptual

Ibu Pasien mengatakan anaknya mau makan , Ibu Pasien percaya dan yakin bahwa anaknya bisa sembuh .

1. Pola Nilai Keyakinan

Pasien mengikuti kedua orang tuanya yang beragama islam.

1. Pola Koping Toleransi Stress

Klien tampak tertidur dan terkadang bangun lalu menangis.

* + 1. **Keadaan Umum (Penampilan Umum)**

1. Cara Masuk

Pasien datang dari Igd pada hari Jumat tanggal 28 Juni 2019 pukul 22.18 WIB dengan keluhan Mual + Muntah disetar panas sejak 3 hari yang lalu , di IGD RSAL pada pukul 00.30 WIB Pasien di pindahkan ke Ruangan D1.

1. Keadaan Umum

Pasien tampak lemah, wajah nya tampak Pucat .

**3.1.10 Tanda-tanda Vital**

Tensi :

Suhu / Nadi : 38ºC / 100x/menit

RR : 27x/menit

TB / BB : 121 cm / 22kg

**3.1.11 Pemeriksaan Fisik**

1. Pemeriksaan Kepala dan Rambut

Pada Kepala Pasien tidak terdapat Benjolan , Rambut Pasien warna hitam , lingkar kepala 48,5cm .

1. Mata

Bentuk mata Pasien simetris, konjungtiva tidak anemis, berwarna merah muda, pupil isokor, terdapat sclera icterus.

1. Hidung

Bentuk hidung klien simetris, tidak terdapat cuping hidung, tidak terdapat polip pada hidung.

1. Telinga

Bentuk telinga simetris, lubang telinga bersih, tidak ada serumen, tulang telinga lunak.

1. Mulut dan Tenggorokan

Bentuk bibir normal, mukosa kering, pucat, tidak terdapat kelainan .

1. Tengkuk dan Leher

Leher simetris terpusat pada posisi Kepala , tidak ada pembesaran Kelenjar Getah Bening , tidak ada pembesaran Thyroid .

1. Pemeriksaan Thorax/Dada

Bentuk dada normochest, tidak terdapat retraksi dada, tidak terdapat suara nafas tambahan, tidak terdapat kelainan .

1. Paru

RR : 30x/menit bernafas spontan tanpa O2 nasal kanul. Tidak terdapat suara nafas tambahan.

1. Jantung

Nadi : 100x/menit, S1 S2 tunggal, irama jantung irregular, tidak ada bunyi jantung tambahan, CRT >2 detik.

1. Punggung

Pada punggung klien tidak ada kelainan tulang belakang , tidak ada benjolan .

1. Pemeriksaan Abdomen

Pada inspeksi di dapatkan bentuk perut cembung , tidak di dapatkan adanya benjolan yang Abdnormal , pada Palpasi tidak ada nyeri tekan abdomen, pada Peerkusi di dapatkan bunyi Thympani , pada Auskultasi bising usus meningkat .

1. Pemeriksaan Kelamin dan Daerah Sektarnya (Genetalia dan Anus)

Pasien berjenis kelamin Laki – laki , tidak ada benjolan , Anus Normal

1. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Bentuk simetris, tidak ada kelainan, jari-jari lengkap, akral hangat, persendian klien bergerak bebas.

1. Pemeriksaan Neurologi

Kesadaran Pasien Composmentis GCS 456 , tidak ada kejang .

1. Pemeriksaan Integumen

Akral teraba hangat, turgor kulit elastis, tidak Oedema .

**3.1.12 Tingkat Perkembangan**

1. Adaptasi Sosial

Klien dapat merasakan gerakan ketika ada perawat.

Pasien sudah bisa berbicara bahasa Jawa / Indonesia tetapi belum jelas membunyikan huruf “ R “ . sudah dapat meyebutkan warna , dan nama.

1. Motorik Halus

Pasien sudah dapat melompat – lompat , Pasien dapat belajar membuka pakaian sendiri dengan bantuan.

1. Motorik Kasar

Klien mampu melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-ototnya.

1. Kesimpulan

Setelah dilakukan pemeriksaan klien mampu melakukan pergerakan motorik halus maupun motorik kasar.

**3.1.13 Pemeriksaan Penunjang**

1. Laboratorium

Tabel 3.1.13 Hasil Laboratorium

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal Pemeriksaan 02 Juni 2018** | **Parameter** | **Hasil** | **Satuan** | **Flag** | **Nilai Normal** |
| WBC  RBC  HGB  HCT  MCV  MCH  MCHC  PLT  MPV  PDW  PCT | 17,99  4,56  12,6  38,0  82,2  27,7  33,7  33,8  8,6  15,2  0,29 | mg/dL  mg/dL  mg/dL  mg/dL  mmol/L  mmol/L  mmol/L  mg/dL  10^3/uL  %  10^3/uL  g/dL | H  H  H  L  L  L  L | 4.00-10.00  3.50-5.50  37.0-54.0  80.0-100.0  27.0-34.0  32.0-36.0  150-400  7.0-11.0  9.0-17.0  0.108-0.282 |

1. Rontgen

Tidak dilakukan pemeriksaan foto Rontgen .

1. Terapi

Tabel 3.1.13 Terapi Obat

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal Pemberian** | **No.** | **Terapi** | **Dosis** |
| **28 Juni 2019** | 1. | Infus Kaen 3B | 750CC /3JAM |
|  | 2. | Injeksi Ceftriaxone | 2 × 500mg |
|  | 3. | Injeksi Antrain | 3 × 200mg |

**3.1.14 Analisa Data**

Nama Klien : An . B Ruang/Kamar : D2 / 9

Umur : 7 tahun No. Register : 4208xx

Tabel 3.1.14 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Data** | **Penyebab** | **Masalah** |
| 1. | DS : Ibu pasien menggatakan anak panas 3 hari  DO :   * S : 38’C * Akral teraba hangat * Kulit merah | Dehidrasi | Hipertermi |
| 2. | DS :  -pasien mengeluh mual  -Pasien merasa ingin muntah  -Tidak berminat makan  DO :   * Pasien terlihat Pucat | Distensia lambung | Nausea |

* + 1. **Prioritas Masalah**

Nama Klien : An.B. Ruang/Kamar : D1 / 9

Umur : 7 Tahun No. Register : 4208xx

Tabel 3.1.15 Prioritas Masalah

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tanggal** | | **Nama Perawat** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| 1. | Hipertermia b.d. Proses Penyakit . | 29 Juni 2019 | - | ***Afrizal*** |
| 2. | Nausea b.d. Distensi Lambung . | 29 Juni 2019 | - | ***Afrizal*** |

* + 1. **Rencana Keperawatan**

Tabel 3.1.16 Rencana Keperawtaan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Daignosa keperawatan** | **Tujuan** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1**.**  2. | Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit  Nausea berhubungan dengan Ditensi lambung | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Demam teratasi  KH :  - Suhu tubuh dalam rentang Normal (37C)  - Nadi dalam rentang normal ( 60-110X/Menit).  -RR dalam rentang Normal ( 14-22X/Menit)  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mual dan Muntah teratasi .  KH :   * Berkurangnya Mual dan Muntah . * PX sudah tidak mengeluh ingin muntah | 1. Identifikasi penyebab hipertermi 2. Longarkan atau lepaskan pakaian(jangan memakai pakaian yang terlalu tebal) 3. Anjurkan tirah baring. 4. Kolaborasi pemberian cairan dan eletrolit intravena. 5. identifikasi faktor penyebab mual 6. kendalikan faktor lingkungan penyebab mual 7. ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (relaksasi, terapi music) 8. kolaborasi pemberian antimietik | 1. PX dan Keluarga percaya pada Perawat dengan tindakan yang dilakukan . 2. Untuk mengetahui tekanan Hemodinamik . 3. Monitor perubahan Suhu dan perubahan Warna Kulit . 4. Mempercepat penurunan Demam. 5. PX dan Keluarga percaya pada Perawat dengan tindakan yang dilakukan . 6. Untuk mengurangi tekanan Mual dan Muntah . 7. Monitor Pemberian Nutrisi dan Kalori . 8. Mempercepat penurunan Mual dan Muntah . |

* + 1. **Tindakan Keperawatan**

Tabel 3.1.17 Tindakan Keperawatan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No dx** | **Waktu**  **(Tgl&jam)** | **Tindakan** | **TT WAT** | **Waktu**  **(Tgl&jam)** | **Catatan Perkembangan**  **(SOAP)** | **TT**  **WAT** |
|  | 29 Juni 2019  07.00  08.30  08.40  08.50  09.15  11.15  30 Juni 2019  08.30  08.45  09.00  10.00  10.15  11.00 | Melakukan hub.terapeutik dengan pasien,dan keluarga pasien tujuannya untuk membina hubungan saling percaya antara pasien,keluarga pasien,dengan petugas kesehatan .    Menganjurkan untuk tidak makan-makanan yang mengandung asam untuk menghindari mual,muntah.  Menganjurkan untuk makan sedikit tapi sering untuk menghindari terjadinnya mual muntah.  Menganjurkan makan-makanan dalam keadaan hangat untuk menambah nafsu makan dan menghindari mual,muntah.  Melakukan observasi ttv  k/u: cukup  kesadaran:composmentis  wajah lebih segar  ttv:S:380C        N:100x/menit       RR:27x/menit  Melakukan kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi  Infuse D5 1/2  Injeksi Cefriazone 2 × 500mg  Injeksi Antrain 3 × 200mg .  Infus Kaen 3B 750CC / 3jam.  Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diet yang tepat seperti bubur halus ,dan makana-makanan yang mengandung protein tinggi, buah, sayur.  Menganjurkan untuk tidak makan-makanan yang mengandung asam untuk menghindari mual,muntah.  Menganjurkan untuk makan sedikit tapi sering untuk menghindari terjadinnya mual muntah.  Menganjurkan makan-makanan dalam keadaan hangat untuk menambah nafsu makan dan menghindari mual,muntah.  Melakukan observasi ttv  k/u: cukup  kesadaran:composmentis  wajah lebih segar  ttv:S:380C  N:100x/menit  RR:27x/menit  Melakukan kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi  Infuse D5 1/2  Injeksi Cefriazone 2 × 500mg  Injeksi Antrain 3 × 200mg .  Infus Kaen 3B 750CC / 3jam.  Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diet yang tepat seperti bubur halus ,dan makana-makanan yang mengandung protein tinggi, buah, sayur. | **AFRIZAL**  **AFRIZAL** | 14.00  14.00 | S: pasien mengatakan muntahnya sudah mulai berkurang yang awalnya 5x dalam segari 2x dalam sehari serta nafsu makannya sudah mulai meningkat  O: k/u: cukup  Kesadaran: composmentis  Ttv: S : 38ºC  N: 100x/menit  Rr: 27x/menit  -wajah lebih segar  -bising usus 18x/menit  -terpasang infuse D5 ½ di tangan kiri pasien  A : masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan  -melakukan hub.terapeutik dengan pasien  -menganjurkan untuk makan sedikit tapi sering  -menganjurkan untuk makan makan-makanan yang mengandung nutrisi.  -menganjurkan untuk makan-makanan dalam keadaan hangat  -melakukan observasi ttv  -melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi  -melakukan kolaborasi dengan ahli gizi.  S: pasien mengatakan keadaannya membaik,sudah tidak mual muntah lagi,nafsu makannya juga sudah meningkat.  O: k/u: baik  Kesadaran:composmentis  Ttv : S: 36,20C          N: 98x/ menit         RR: 27x/menit  -wajah segar  -bibir mukosa lembab  -infus di tangan kiri di lepas  A: masalah teratasi  P: intervensi dihentikan(pasien pulang)  HE: Menganjurkan untuk menjaga kebutuhan nutrisi dengan makan-makanan yang bergizi  -Kontrol jika obat habis  -Kolaborasi dengan tim medis pemberian obat untuk di bawa pulang.  os- codein 3x1        Ozen 2x1         Azomax3x1 | **AFRIZAL**  **AFRIZAL** |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Nausea and Vomiting di Ruang D1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. **Pengkajian**
2. **P**engumpulan Data

Pada tahap pengumpulan data , penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif .

Pada tinjauan pustaka ( Saidah , 2019 ) keluhan utama penderita mengeluh pada muntah bisa riwayat makan klien , riwayat alergi klien , nyeri abdomen , demam dan mual . ( IDAI , 2010 ) beberapa keadaan dapat terjadi pencetus terjadinya muntah seperti gangguan pada lambung atau usus , gangguan pada telinga dalam , kelainan pada susunan saraf pusat atau akibat makan yang berlebihan . Pada tinjauan kasus pada An . B di dapatkan keluhan utama mual muntah 4 hari disertai panas , dengan observasi ,S: 38ºC , N : 100×/menit , RR : 27×/menit.

Pada tinjauan kasus ( IDAI , 2010 ) kehilangan cairan dan elektrolit dapat terjadi jika muntah semakit berlanjut dan terjadi dehidrasi. Pada tinjauan kasus pada kasus An. B anak – anak mengalami mata simetris , mulut kering , terjadi mual muntah sudah 4 hari , turgor kulit elastis.

Pada tinjauan pustaka ( Saidah , 2019 ) untuk masalah bersihan jalan nafas tidak menjadi malah yang diangkat diagnosa keperawatan Muntah .

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menggunakan teori saja , sedangkan pada tinjauan kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami Pasien karena penulis menghadapi pasien secara langsung kesenjangan lainnya yaitu diagnosa keperawatan.

1. Indentitas Pasien

Pada tinjauan Pustaka Indentitas pasien meliputi nama , tanggal lahir , biasanya banyak terajdi pada anak usia dibawah 5tahun ( jenis kelamin , alamat , suku bangsa , pendidikan , pekerjaan , penanggung biaya , no registrasi , tanggal MRS , diagnosa medis ) , menurut ( Sari , 2011 ) . Pada tinjauan kasus pasien berusia 7 tahun , pasien seorang anak laki – laki . Pada tinjauan teori dan kasus terdapat ketidaksamaan yaitu pada usia pasien di sebutkan di tinjauan kasus yaitu terjadi pada usia anak – anak dibawah 5 tahun , pada tinjauan kasus didapatkan pasien berusai 7 tahun bukan hanya anak di usia kurang dari 5 tahun yang lebih berpontesi terkena tetapi setiap individu berpotensi untuk terkena sakit Nausea and Vomiting ( Mual dan Muntah ) di sisi lain kondisi iman yang kurang baik dan kondisi lingkungan pasien juga ikut mengambil alih terjangkitnya suatu sakit pada setiap individu.

1. Riwayat Kesehatan
2. Keluhan Utama

( Hidayat , 2009 ) . Kejadiaan awal mula keluhan yang dirasakan pasien biasanya adalah adanya gejala mual muntah sudah 4 hari disertai panas .

1. Riwayat Penyakit Sekarang

**P**ada tinjauan pustaka : Kejadian awal mula keluhan yang dirasakan pasien biasanya adalah adanya gejala Mual muntah disertai panas 3 hari yang lalu ( Hidayat , 2009 ) . Pengakajian awal ibu pasien mengatakan pasien mengalami Panas , mual , muntah , badanya terasa lemas disertai panas sejak 2016 , saat di rumah pasien sudah diberikan obat Paracetamol untuk penurun panas tetapi tidak ada perkembangan pasien panas turun sehabis minum ketika reaksi obat hilang panas kembali tinggi sehingga anak dibawa ke RSAL Dr.Ramelan Surabaya .

1. **R**iwayat Penyakit Dahulu

( Hidayat , 2009 ) Nausea and Vomiting Mual muntah adalah Kecenderungan atau sebagai perasaan di tenggorokan atau daerah epigastrium yang memperingankan seseorang individu bahwa muntah akan segara terjadi . Mual sering disertai dengan peningkatan aktivitas sisterm saraf parasimpatis termasuk diaphoresis , air liur , bradikardia , pucat dan penurunan tingkat pernapasan . Pasien didapatkan adanya riwayat di rumah sakit karena Panas sejak 2016 yang lalu . Pada tinjauan kasus ini diuraikan bahwa tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit seperti pasien , sudah tidak ada keterkaitan antara sakit pasien yang dulu dan sekarang meskipun sama – sama disebabkan virus yang berbeda .

1. Riwayat Kesehatan keluarga .
2. Genogram

Pada genogram di ketahui bahwa pasien adalah anak 3 dari 4 bersaudara .

1. Pengakajian persistem .

Keadaan pasien Composmentis , tanda – tanda vital observasi pasien adalah kesadaran composmentis suhu 38ºC , nadi 100×/menit , RR 27×/menit , tinggi badan 121cm , BB sebelum masuk rumah sakit 22kg dan setelah masuk rumah sakit 22kg , menurut tinjauan ( Padilia , 2013 ) mengatakan bahwa pemeriksaan fisik dilakukan pada perbedaan pada seluruh organ tubuh . Dalam perbandingan ini tidak ada perbedaan diantara tinjauan kasus pustaka dan tinjauan kasus melainkan terjadi hal yang sama.

1. Pemeriksaam Rambut dan kepala

Pada kepala pasien tidak terdapat benjolan , rambut pasien warna hitam , lingkar kepala 48,5cm.

1. Mata

Tinjauan pustaka mata pasien simetris , scelara putih , konjungtiva tidak amenis , berwarna merah muda , pupil isokor , terdapat sclera icterus.

1. Hidung

Bentuk hidung klien simetris , tidak terdapat cuping hidung , tidak terdapat polip pada hidung.

1. Telinga

Bentuk telinga simetris , lubang telinga bersih , tidak ada serumen , tulang telinga lunak.

1. Mulut dan Tenggorokan

Bentuk bibir normal , mukosa kering , pucat , tidak terdapat kelaianan .

1. Tengkuk dan Leher

Leher simetris terpusat pada posisi Kepala , tidak ada pembesaran kelenjar getah bening , tidak ada pembesaran Thyroid.

1. Punggung

Pada punggung pasien tidak ada kelaianan tulang belakang , tidak ada bemjolan.

1. Pemeriksaan Abdomen

Pada inspeksin di dapatkan bentuk perut cembung , tidak di dapatkan adanya benjolan yang abdnormal , pada Palpasi tidak ada nyeri tekan abdomen , pada Perkusi di dapatkan bunyi Thympani , pada Auskultasi bising usus meningkat.

1. Pemeriksaan Kelamin dan daerah sekitarnya ( Genetalia dan Anus )

Pasien berjenis kelamin laki – laki , tidak ada benjolan . Anus Normal .

1. Neurologi

Kesadaran pasien Composmentis GCS 456 , tidak ada Kejang .

1. Pemeriksaan Integumen

Akral teraba hangat , turgor kulit elastis , tidak Oedema

**4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustka ( Saidah , 2019 ) , dan diagnosa yang muncul adalah :

1. Hipertmia b.d. Proses Penayakit ( Ackley , B.J., Ladwig , G.B.,& Makic , M.B.F , 2017 )
2. Nausea b.d. Distensi Lambung ( Carpernito – Moyet, L.J. 2103 )
3. Resiko defisit nutrisi b.d.Gangguan Faktor Psikologis ( Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C. 2103 )

Pada tinjauan kasus didapatkan masalah keperawatan defisit nutrisi b.d. dengan faktor psikologis ( keengganan untuk makan ) ditandai dengan pasien merasa mual , sudah muntah 1 kali pada siang hari .

**4.3 Perencanaan**

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka . Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan . Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan ( kongnitif ), keterampilan mengenai masalah ( afektif ) dan perubahan tingkah laku pasien ( psikomotor ).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria hasil karena pada kasus nyata , keadaan pasien secara langsung . Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjuan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing – masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

* 1. **Pelaksanaan**

Pelaksanaan adalah perwujutan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun . Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direlasasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan , sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan disusun dari direlasasikan pada pasien dan ada intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka , hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

Dalam melaksakan pelaksanaan ini faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami . Hal – hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya . Tersedianya sarana dan Prasarana di ruangan yang menunjang dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

* 1. **Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjaun kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui dari keadaan pasien dan masalahn ya secara langsung.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus Nausea and Vomiting ( Mual Muntah ) di Ruangan ANAK D1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan Nausea and Vomiting ( Mual Muntah ) .

* 1. **Simpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien Nausea and Vomiting ( Mual Muntah ) , maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian pasien di dapatkan pasien mual muntah dan ibu pasien mengatakan pasien siang muntah 1 kali dalam jumlah yang sedikit . Didapatkan data fokus pasien tampak mual , nafsu makan berkurang hanya 3 sendok makan , mata simetris , mukosa bibir kering
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah : defisit nutrisi , hipertermia dan Nausea
3. Tindakan mandiri keperawatan pada pasien dan keluarga pasien dengan menganjurkan keluarga pasien untuk memberikan makanan yang disajikan hangat dan juga menganjurka ke keluarga pasien memberikan minuman air hangat . Untuk menyelesaikan masalah tersebut , penulis melibatkan pasien dan keluarga pasien secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan karena banyak tindakan keperawatan yang memrlukan kerjasama antara perawat , pasien dan keluarga pasien .
4. Pada akhir evaluasi hanya satu masalah yang teratasi , yaitu Nausea b.d.Distensi Lambung pada tanngal 2 Juli 2019 dan dapat dicapai karena adanya kerjasama antara perawat , pasien , keluarga pasien dan tim kesehatan yang lainnya . Dan masalah keperawatan yang teratasi sebagian perencanaan atau intervensi dilanjutkan perawat tetap sampai masalah teratasi dan pasien KRS .

**5.2 Saran**

Dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan keluarga Anak B dan tim medis lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada Anak B dengan diagnosa Nausea and Vomiting
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada Anak B .
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formaal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahan perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan, asuhan keperawatan.

**DAFTAR PUSTAKA**

Adriana, D.2011. *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain Pada Anak*. Jakarta Salemba Medika.

Arfiana & Arum. 20016. *Asuhan Neonatus Bayi Balita dan Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta : Transmedika.

Dorland. 2011. Dorland’s Illustrated Medical Dictonary Elsever

Fadlun & Achmad. 2011. *Asuhan Kebidanan Patologis*. Jakarta : Salemba Medika.

Hidayat, A. A. A. 2011. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Jakarta : Salemba Medika.

Krisnadi, S. Jusuf S. & Adhi. 2009. *Prematuritas*. Bandung : Refika Aditama.

Lestari, T. 2016. *Asuhan Keperawatan Anak*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Putra, D. S. H. 2014. *Keperawatan Anak & Tumbuh Kembang*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Ridha, H. N.2014.Buku Ajar Keperawatan Anak.Yogyakarta : Pustaka Pelajar

Sudarti, Afroh Fauziah. 2013. *Asuhan Neonatus Resiko Tinggi dan Kegawatan.* Yogyakarta : Nuha Medika.

Taylor, C. M.2013. *Diagnosa Keperawatan Dengan Rencana Asuhan.* Jakarta : EGC.

Tom, L. & Avroy. 2013. *Selayang Neonatologi,* edisi kedua. Jakarta : Indeks.

Umboh, A. 2013. *Berat Lahir Rendah dan Tekanan Darah Pada Anak*. Jakarta : Sagung Seto.

Wilkinshon, J. 2016. *Diagnosis Keperawatan.* Jakarta : EGC

**LAMPIRAN 1**

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

MENCUCI TANGAN

|  |  |
| --- | --- |
| Pengertian | Suatu tindakan membersihkan kotoran dengan sabun atau antiseptic dan dibilas dengan air mengalir. |
| Tujuan | Membunuh kuman penyakit yang ada di tangan. |
| Kebijakan | Bidan dan tenaga kesehatan lainya dapat melakukan sesuai dengan standar prosedur kerja yang berlaku |
| Prosedur | A.    Persiapan Alat  1.      Sabun Antiseptik  2.      Bak cuci dan Air Mengalir  3.      Handuk atau pengering |
|  | B.     Persiapan Diri  1.      Lepas semua aksesoris yang ada pada tangan.  2.      Gulung lengan baju sampai siku. |
|  | C.     Pelaksanaan  1.      Mengalirkan air, hindari percikan pada pakaian.  2.      Membasahi tangan dan lengan bawah, mempertahankannya lebih rendah dari siku.  3.      Menaruh sedikit sabun / antiseptic (2 – 4 cc). Untuk sabun batang, pegang dan gosok sampai berbusa.  4.       Menggosok kedua tangan telapak tangan dengan cepat, selama 10 – 15 detik.  5.      Menggosok punggung tangan secara bergantian.  6.      Menggosok sela-sela jari secara melingkar bergantian.  7.      Menggosok buku-buku jari secara bergantian.  8.      Menggosok  ibu jari secara bergantian.  9.      Menggosok ujung-ujung jari secara bergantian.  10.  Membilas lengan dan tangan dengan air bersih yang mengalir.  11.  Menutup kran dengan siku.  12.  Mengeringkan tangan dengan handuk atau pengering. |
|  | D.    Hal-hal yang harus di perhatikan  1.      Waktu harus mencuci tangan  a.       Sebelum melakukan tindakan.  b.      Setiap kali tangan kita kotor ( setelah memegang uang, memegang binatang, berkebun dll.  c.       Setelah buang air besar  d.      Setelah menceboki bayi atau anak-anak.  e.       Sebelum makan dan menyuapi anak.  f.       Sebelum memegang makanan.  g.      Sebelum menyusui bayi.  2.      Menjaga agar tangan dan pakaian tidak menyentuh wastafel (jika tangan menyentuh wastafel cuci tangan diulang) |

**LAMPIRAN 2**

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

INJEKSI INTRAVENA (IV)

|  |  |
| --- | --- |
| Pengertian | Memberikan obat dengan cara memasukkan obat ke dalam pembuluh darah vena dengan menggunakan spuit |
| Tujuan | 1.      Memperoleh reaksi yang lebih cepat dibandingkan dengan injeksi parenteral yang lain  2.      Menghindari kerusakan jaringan  3.      Memberikan obat dalam volume yang lebih besar |
| Kebijakan | Pemberian injeksi intramuskular dilakukan oleh perawat apabila sudah ada order dari dokter yang bersangkutan. |
| Persiapan | Persiapan Alat :  1.        Buku catatan pemberian obat dan order dari dokter  2.        Spuit  3.        Kapas alkohol  4.        Obat yang akan diberikan  5.        Bak spuit  6.        Baki obat  7.        Bengkok  8.        Kassa steril (jika diperlukan)  9.        Perlak kecil sebagai pengalas |
| Prosedur | **Tahap pre interaksi**  1.      Lakukan eksplorasi kemampuan diri  **Tahap orientasi**  1.      Cuci tangan  2.      Cek order dokter  3.      Lakukan identifikasi pasien  4.      Perawat memberi salam  5.      Jelaskan pada penderita tentang tindakan yang akan dilakukan  6.      Lakukan kontrak waktutindakan pada penderita  7.      Jaga privacy pasien  **Tahap kerja**  1.      Obat disiapkan dengan prinsip 6 benar  2.      Atur pasien pada posisi yg nyaman dan sesuai dengan kebutuhan  3.      Obat disiapkan, perhatikan etiketnya kemudian diambil dengan spuit sesuai kebutuhan  4.      Atur pasien pada posisi yang nyaman sesuai dengan kebutuhan  5.      Pasang perlak pengalas  6.      Bebaskan lengan pasien dari baju dan kemeja  7.      Letakkan pembendung/torniket 15 cm diatas penusukan  8.      Pilihlah area penusukan yang bebas dari lesi, kekakuan, peradangan, atau rasa gatal pada salah satu lokasi sebagai berikut:  pada lengan yaitu vena sefalika dan vena basilika  9.      Pakai sarung tangan  10.  Bersihkan area penusukan dengan kapas alkohol, dengan gerakan sirkuler dari arah dalam keluar dengan sekitar 5 cm, tunggu sampai kering  11.  Pegang kapas alkohol dengan tangan non dominan  12.  Buka tutup jarum  13.  Tarik kulit kebawah kurang lebih 2.5 cm dibawah area penusukan dengan tangan non dominan  14.  Pegang jarum pada posisi 30 derajat sejajar vena yang akan ditusuk, lalu tusuk perlahan dan pasti  15.  Rendahkan posisi jarum sejajar dengan kulit dan teruskan jarum ke dalam vena  16.  Lakukan aspirasi dengan tangan non dominan menahan barel dari spuit dan tangan dominan menarik plunger  17.  Observasi adanya darah dalam spuit  18.  Jika ada darah, lepaskan torniket dan masukan obat perlahan lahan  19.  Keluarkan jarum perlahan-lahan dengan sudut yang sama ketika jarum dimasukkan, sambil melakukan penekanan dengan kapas alkohol pada daerah penusukan  20.  Jarum dimasukkan ke pembuluh darah dengan lubang jarum mneghadap ke atas  21.  Tutup area penusukan dengan menggunakan kassa steril yang diberi betadhin  22.  Kembalikan posisi pasien  23.  Buang spuit ke tempat sampah benda tajam, atau gunakan teknik recapping untuk menutup spuit kembali. Buang sampah lainnya ke tempat sampah medis.  **Tahap Terminasi**  1.      Evaluasi kegiatan  2.      Akhiri kegiatan dengan cara yang baik  3.      Cuci tangan  **Dokumentasi**  Dokumentasikan: nama obat, waktu pemberian, dosis, rute dan reaksi pasien dicatat keperawatan. |
| Unit terkait | IGD, ICU, NICU, Kamar Operasi |
| Dokumentasi terkait |  |